

Consent form for HIV Testing
 REPORT

Counselor's Commitment :

I, hereby state that the client has been counseled about the HIV test and has been explained about the implications of the test result. All details pertaining to HIV. Its transmission, prevention, testing procedures, its limitations and interpretation of results have been explained and the client has given his/her free and informed consent to conduct an HIV test on him/her. I, the counselor, will do everything possible to assure that the consent of the counseling session and the test result will be kept confidential.

काउंसलर की प्रतिबद्धता:

मैं, एतद्वारा बताता हूं कि क्लाइंट को एचआईवी परीक्षण के बारे में परामर्श दिया गया है और परीक्षण के परिणाम के निहितार्थ के बारे में समझाया गया है। एचआईवी से संबंधित सभी विवरण। इसके संचरण, रोकथाम, परीक्षण प्रक्रियाओं, इसकी सीमाओं और परिणामों की व्याख्या के बारे में बताया गया है और क्लाइंट ने उस पर एचआईवी परीक्षण करने के लिए अपनी स्वतंत्र और सूचित सहमति दी है। मैं, काउंसलर, यह सुनिश्चित करने के लिए हर संभव प्रयास करूँगा कि काउंसलिंग सत्र की सहमति और परीक्षा परिणाम को गोपनीय रखा जाएगा।

Signature of Counsellor:

Date 27/12/2023

काउंसलर के हस्ताक्षर:

दिनांक 27/12/2023

Client's Informed Consent:

- ❖ I have been informed about HIV infection. Now I am aware about the possible outcomes of the test and significance. I have been informed about the limitations of the test.
- ❖ I am aware that this test cannot be imposed on me under any circumstances without my prior permission. I understand that I have the right to refuse this test.
- ❖ This is being done purely medical reasons and not any medico-legal complications.
- ❖ I am hereby giving permission to obtain the blood for HIV testing, performing the tests, generating the results and transmission of the results.

ग्राहक की सूचित सहमति:

- ❖ मुझे एचआईवी संक्रमण के बारे में सूचित किया गया है। अब मैं परीक्षण और महत्व के संभावित परिणामों से अवगत हूं। मुझे परीक्षण की सीमाओं के बारे में सूचित किया गया है।
- ❖ मुझे पता है कि यह परीक्षा मेरी पूर्व अनुमति के बिना किसी भी परिस्थिति में मुझ पर नहीं थोपी जा सकती। मैं समझता हूं कि मुझे इस परीक्षा को अस्वीकार करने का अधिकार

यह विशुद्ध रूप से चिकित्सा कारणों से किया जा रहा है, न कि कोई चिकित्सकीय-कानूनी जटिलताएं। मैं एतद्वारा एचआईवी परीक्षण, परीक्षण करने, परिणाम उत्पन्न करने और परिणामों के संचरण के लिए रक्त प्रप्ति करने की अनुमति दे रहा हूं।

Signature of Client:

Date 27/12/2023

ग्राहक के हस्ताक्षर:

दिनांक

27/12/2023

AKASH SINGH

जन्म तिथि / DOB : 30/06/1994
पत्रक / Mail

5113 3237 5678

आधिकार - आम आदनो का अधिकार

